様式第3号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関コード | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 受給者証番号 | 区 | 診療年月 | 診療実日数　 | 保険種別 | 負担区分 | 支給決定額A＋D－B－C | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 1入2外3食 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 円 |
| 保険診療金額 | 法定負担額A | 附加給付額B | その他の控除C | 薬剤一部負担金　D | 本人負担額 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 円 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 円 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 円 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 円 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 円 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 円 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 　重度障害者(児)医療費助成申請書　年　　月　　日　　鯖江市長　　　　　殿　住所　　　　　　　　　　申請者　　　　　　　　　　　　　(保護者)　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　印　 | この欄は医療機関等へ申請する前に申請者が記入してください。この欄は医療機関等で記入してもらってください。 |
| 受給資格者 | 受給者証番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 加入医療保険 | 発行機関名 | 　 |
| (フリガナ) | 　 | 保険種別 | 国保・退職・国組・協会・健組・共済・船員・その他 |
| 氏名 | 　 | 男・女 |
| 負担区分 | 本人・家族 |
| 生年月日 | 　　年　　月　　日 | 付加給付等の有無 | 有　・　無 |
| 　 |
| 保険医療機関等証明欄(領収書) |
| 診療区分 | 医科 | 歯科 | 調剤 | 柔整・ | その他(　　) |
| 入院 | 入院外 | 入院 | 入院外 |
| 　　　　　年　　　　月分 | 診療実日数 | 日　 |
| 保険診療点数 | 点　 | 本人負担額 | 円 | 薬剤一部負担額 | 円　 |
| 入院時食事療養費標準負担額および入院時生活療養費標準負担額 | 月額　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 　　上記のとおり証明する。　　　　 　　年　　月　　日医療機関等の所在地および名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印　　 |